



1^{er} COLOQUIO REGIONAL SOBRE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Medellín, COLOMBIA
Noviembre, 10 – 12, 2008



RELATORÍA

Las urgencias médicas constituyen un importante problema de salud pública en la Región de las Américas. Las causas y factores contribuyentes son múltiples y diversas. Por ejemplo, durante el periodo 2000-2004 la Región de Las Américas registro más de 6 millones de muertes debidas a causas externas. Estas muertes, y en el caso de los sobrevivientes las discapacidades resultantes, son causadas fundamentalmente por actos de violencia y accidentes de tránsito. Por otro lado, un numero importante de urgencias medicas son atribuibles a otras causas de enfermedad, entre ellas un alto porcentaje se deben a complicaciones de las enfermedades crónicas que van en aumento en la mayoría de los países de la región. Las emergencias sanitarias y situaciones de crisis y desastre a su vez, ocasionan un incremento en la demanda y la presión sobre los servicios médicos de urgencias que en muchos casos carecen de la capacidad y recursos para responder de forma adecuada.

La posibilidad de disminuir la mortalidad causada por emergencias médicas, depende de la existencia de sistemas integrados de servicios que provea atención de emergencias con calidad, eficiencia y equidad. La evidencia apunta a que el fortalecimiento del sistema de emergencias médicas puede jugar un papel importante en la disminución de esta morbilidad y mortalidad. Por tanto, el diseño e implementación de los Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas (SSEM) constituye una prioridad de los servicios de salud. Estos sistema, integrado por tres niveles de organización (comunitaria, pre-hospitalaria y hospitalaria), requerirán necesariamente políticas publicas adecuadas, modelos organizativos integrados y eficientes, modelos de atención y gestión clínica basados en evidencia, e inversiones importantes para proveerlas del personal entrenado, equipos e insumos necesarios.

En varios Estados Miembros de la OPS se cuenta con importantes avances en organización de servicios de emergencias médicas que ya constituyen ejemplos de buenas prácticas. En America Latina países como Argentina, Chile, Colombia, Perú, México y Brasil cuentan con modelos funcionales. De relevancia son los avances observados en la organización de la atención pre-hospitalaria en centros como el Centro Regulador de Urgencias (CRU) de Bogotá y el Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU) de Brasil.

Sin embargo en la mayoría de los países restantes hay una debilidad notoria en la organización y efectividad de la atención pre-hospitalaria caracterizada por la ausencia de modelos organizativos funcionales, bajo nivel de capacitación del recurso humano y ausencia de normativas y programas que garanticen el entrenamiento, certificación y re-certificación del personal médico y para-médico

que atiende urgencias. Por otro lado, existe la particular tendencia a adquirir vehículos, modificarlos y operarlos como ambulancias sin la debida dotación de personal entrenado o equipo. Más preocupante aún es la noción de la falta de normativas en muchos países que regulen la adaptación de este tipo de vehículos y garanticen la seguridad de los mismos. Incidentes recientes en algunos países de la región apuntan a la necesidad de implementar normativas precisas para vehículos de transporte sanitario y su equipamiento.

Otro tema que comienza a tener relevancia en el debate sobre la eficiencia de los servicios de salud es la gestión de los Cuartos de Urgencias o Departamentos de Emergencias Médicas. Estas unidades constituyen importantes centros de costos en los hospitales, con un alto consumo de recursos y en muchos casos son fuentes de gran insatisfacción en la población usuaria. Como enfrentar y mejorar estas situaciones constituye un reto importante para muchos gerentes y organizaciones de salud.

De esta forma, se realizó en la ciudad de Medellín en Colombia del 10 al 12 de noviembre de 2008 el 1er Coloquio Regional sobre Organización y Gestión de Servicios de Emergencias Médicas 2008 con objetivo general de **debatir y presentar recomendaciones para el desarrollo de una estrategia regional para el fortalecimiento de los Servicios de Emergencias Médicas en los Países Miembros de la OPS**. Por ello participaron expertos representantes de Argentina, Brasil, Costa Rica, Colombia, Chile, España, Estados Unidos, México, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago.

La metodología utilizada fue el desarrollo de cinco bloques temáticos en los que alrededor de un asunto específico los expertos seleccionados expusieron sus planteamientos centrales en el tema solicitado y luego, a partir de una pregunta problematizadora se hizo el debate de cada bloque y se establecieron las conclusiones generales a manera de lineamientos para la acción regional coordinada en organización y gestión de los SEM en las Américas.

El evento fue organizado y promovido por el Area de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) de la Organización Panamericana de la Salud, con el apoyo logístico administrativo de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia en Colombia – COHAN –. Los participantes e invitados fueron:

Argentina	Ing. Ricardo Taborda	Director, Laboratorio de Investigación Aplicada y Desarrollo. Universidad Nacional de Córdoba
Brasil	Dr. Cloer Vescia Alves	Coordinador General de Urgencias y Emergencias Ministerio de Salud
Costa Rica	Dr. Daniel Quesada	Sub-directos Hosp. San Juan De Dios. Caja Costarricense de Seguro Social
Colombia	Dr. Carlos Mario Rivera	Secretario de Salud de Antioquia, Colombia
	Dr. Gabriel Darío Paredes	Jefe de Urgencias, Clínica San Rafael
	Mgra. Piedad Roldán	Docente-Investigadora. Fac. Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
	Dra. Marta Ramírez	Gerente. Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN)
	Dr. Edgar Gallo	Coordinador de Proyecto OPS-COHAN.
	Dr. Juan Manuel Sierra	Director. Hospital Universitario San Vicente de Paul.
	Dr. Jorge López	Universidad de Antioquia
	Dr. Jaime Poveda	Director, IPS Universitaria de Antioquia

	Dr. Juan Velásquez Osorio Dr. Luis F. Gallego Arango Dr. Juan H. Parra Z. Dr. Juan C. Rendón J	Jefe de Urgencias, Hosp. Pablo Tobón Uribe. Coordinador CRUE. Secretaria de Salud, Antioquia Dir. Administrativo. Dirección Sec de Salud, Antioquia Coord. De Urgencias. Asoc. De Especialistas de Medicina de Urgencias. Medellín, Colombia
	Dra. Martha L. Arbeláez. Dr. Jorge Iván López Dr. Germán González Dr. J. L. Vega García	Coor. de Urgencias. IPS Universitaria de Antioquia FNSP, Universidad de Antioquia Decano, FNSP. Universidad de Antioquia. Sub Director Médico. Consorci Hospitalari de Catalunya
España		
Estados Unidos	Keith Holtermann PhD	Decano Adjunto, Escuela de Medicina. Universidad George Washington.
México	Dr. Juan Hernández Hernández	Presidente, Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia
Panamá	Dr. Marta E. Sandoya B. Lic. María Isabel Alvarado,	Directora Ejecutiva, SUME 911 Asesora Técnica, SUME 911
Perú	Dr. Nelson Morales Soto	Presidente, Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres
Trinidad y Tobago	Ms. Bhabie Roopchand	Asesora Legal. Ministerio de Salud
OPS	Dr. Reynaldo Holder Dr. José Ruales Dr. Ciro R. Ugarte Dr. Gerardo Alfaro	Asesor Regional HSS/SP Asesor Regional HSS/SP Asesor Regional PED Asesor de Sistemas y Servicios de Salud Representación de la OPS en Colombia

1. Marco Legal y de Políticas de Salud:

Este bloque temático se planteó para el cumplimiento de dos objetivos específicos: i) Discutir las fortalezas y debilidades del marco legal, normativo y de políticas públicas de Salud de los Servicios de Emergencias Médicas en los países de la Región de las Américas y ii) Definir elementos básicos para una legislación sobre SEM. Para esto, los temas desarrollados fueron los siguientes:

- La cooperación Técnica de la OPS y la Resolución 60.22 de la OMS (Dr. Reynaldo Holder. OPS)
- Emergencias médicas y Salud Pública (Dr. José Ruales. OPS)
- Marco legal de los SEM en la experiencia de Perú (Dr. Nelson Morales)
- Proyecto de ley para el servicio ambulancias para emergencias médicas en Trinidad & Tobago (Ms. Bhabie Roopchand)

Los asuntos centrales tratados por los expertos fueron:

- 1.1. Los servicios de emergencias médicas SEM se abordan hoy a partir del enfoque de la Atención Primaria en Salud¹ que en su concepción original es tanto una estrategia como un mandato para el manejo de la salud.
- 1.2. En el desarrollo de la APS como estrategia, los servicios de emergencia médica (SEM) son un elemento clave al ser concebidos como servicios integrales y coordinados que se integran al continuo de la atención en tres niveles integrados que son: el comunitario, el pre-hospitalario y el hospitalario. Para esto, los SEM deben cumplir como mínimo con un centro regulador, una organización en red, una línea única y procesos de formación y educación de los recursos humanos y de la comunidad que puedan garantizar la eficiencia y calidad.
- 1.3. El reto está entonces representado en la clara identificación de los actores involucrados en cada uno de los niveles de los SEM para con ellos favorecer procesos de fortalecimiento y mejoramiento con garantía de continuidad y sostenibilidad en el tiempo en los que actores políticos, técnicos, operativos y sociales trabajen por desarrollar un marco legal y de política pública que soporte la atención pre hospitalaria y atención hospitalaria con recursos humanos y equipamientos para responder tanto a las demandas sociales y comunitarias como en situaciones de desastres.
- 1.4. Esperando responder con estos propósitos, la OPS espera desarrollar una estrategia que partiendo de un análisis de la situación regional de los SEM, se elabore un documento para la región sobre la situación analizada con énfasis en la atención pre hospitalaria y sobre esta base, se formule una estrategia regional que logre ser adaptada por los países. Estrategia que debe vincular a otros actores y con un equipo regional de expertos que respondan a la necesidad de cooperación técnica de los países.
- 1.5. Esta estrategia debe responder al enfoque y sentido de la salud pública en la que existen valores, necesidades y recursos que deben organizarse estratégicamente en funciones de rectoría, financiación, aseguramiento y provisión de los servicios de salud garantizando que con accesibilidad, calidad y eficiencia se mantengan las condiciones de salud favorables, se proteja del riesgo y se satisfaga necesidades, bajo principios de participación y equidad. Rescatando la salud como un derecho, (no circunscrito al derecho a la atención médica sino a la salud como manifestación plena del bienestar), disponibilidad, acceso, aceptación y calidad.
- 1.6. Se resalta como la rectoría incluye la conducción, la modulación financiera, la garantía del aseguramiento, la armonización de la provisión, la regulación (legislación, marco normativo y reglamentación) y el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública y regulación que incluyen la “Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud” (FESP No. 11).
- 1.7. Bajo este enfoque, se deja claro que los sistemas de servicios de salud deben prepararse para intervenir desde la salud pública con políticas públicas preventivas para combatir la tendencia actual frente al aumento de las lesiones, violencia, accidentes de tránsito y las complicaciones derivadas de las enfermedades crónicas. Igualmente deben rescatarse y fortalecerse los sistemas de vigilancia epidemiológica de causa externa en emergencias hospitalarias

¹ La Atención Primaria en Salud definida en Alma Ata como la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo soportable por las comunidades y los gobiernos.

haciendo énfasis entre otras en las causas y los factores de riesgo para orientar mejor las decisiones de prevención y manejo. Lo anterior acompañado con procesos planificados y estructurados que busquen garantizar la seguridad de las instituciones de salud en situaciones de emergencias y desastres y con ello garantizar la respuesta oportuna y el continuo de la atención, esenciales en tales situaciones.

- 1.8. Este llamado hacia la APS incluye que esta sea vista en la perspectiva del desarrollo humano con una organización en redes integradas de servicios de salud que lógicamente incluya los SEM como un modelo organizativo que garantice la coordinación y el continuo de la atención en respuesta al evento mismo y al ciclo de la vida. En la perspectiva del bienestar de la persona, la familia y la comunidad. Redes que superen la fragmentación de los servicios de salud involucrando de manera articulada y coordinada a los actores y los procesos integrados.
- 1.9. De allí, que se haga un llamado a que con la perspectiva de la APS, más que niveles de atención, en los SEM se busque garantizar un continuo del servicio que incluya la atención pre hospitalaria, la respuesta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio con el fundamento comunitario.
- 1.10. Pero como ya se ha mencionado, estos procesos de organización y gestión de los SEM como una de las funciones esenciales de la salud pública deben responder a un marco normativo que a la par de la evolución de las sociedades, se adapte y transforme para responder de manera eficiente a las nuevas demandas fruto de tal evolución en cuanto a: i) necesidades individuales y comunitarias, ii) planes y organización de políticas públicas, iii) legislación y normatividad, iv) formación del recurso humano en salud y v) la medición, el seguimiento y la evaluación permanentes.
- 1.11. Los procesos de organización de los SEM requieren un marco normativo en el que estén claros los compromisos de todos los actores involucrados en los diferentes niveles de atención y de decisión para que se garantice sostenibilidad de acciones y de financiación de los procesos. Además debe considerar la organización y funcionamiento de las instituciones, las relaciones institucionales, los ámbitos de emergencia, el enlace asistencia y educación, la identificación de las amenazas y vulnerabilidades y el reconocimiento de comunidad actor clave para la prevención de los eventos y en ella, a la familia y su rol sanador y protector de la comunidad.

Luego de las exposiciones de los expertos se realizó un panel de discusión moderado por el Dr. Gerardo Alfaro. La pregunta problematizadora para la discusión fue: **¿Cuáles son los elementos básicos para el marco jurídico y de política pública para el buen desempeño de los SEM?**. Las conclusiones fruto del debate son las siguientes:

- 1.12. La idea original de la APS se ha ido distorsionando pero el reto hoy es rescatarlo en su sentido y significado real, esto es superar las respuestas mediáticas y organizar sistemas no fragmentados ni intra ni inter institucionalmente. El reto debe ser rescatar la estrategia de la APS en las políticas y/o marcos normativos para que los SEM sean un modelo organizativo que garantice:
 - El enfoque de redes que superen la fragmentación de los servicios de salud (actores y procesos integrados articulados y coordinados).

- La coordinación y el continuo de la atención en respuesta al evento mismo y al ciclo de la vida.
 - Una perspectiva del bienestar de la persona, la familia y la comunidad.
 - El foco de atención siempre debe ser la persona, sin parcializarlo por niveles. La atención de emergencias debe ser homogénea independientemente del nivel.
- 1.13. Para la organización y gestión de los SEM es clave la existencia de un marco legal, pero su existencia no basta, lo fundamental es la garantía de su cumplimiento.
- 1.14. Las normas deben tener diferentes orientaciones y requerimientos dependiendo de la prestación del servicio, la atención masiva, la acreditación y el financiamiento. De allí la importancia de la clara identificación de actores, roles y funciones.
- 1.15. La identificación de los actores de Política Pública debe incluir:
- Actores de decisión
 - Actores técnicos
 - Actores operativos
 - Actores sociales – comunitarios
- La OPS es un actor técnico que puede a la vez ser un mediador en los diferentes niveles de decisión y de operación
- 1.16. Cualquier proceso que se emprenda, debe considerar el modelo de Servicios de Salud así como el contexto jurídico, político, económico y social particular. En este sentido, es clave abordar los determinantes de salud en el marco del modelo de atención del país. Sabiendo que esto no es un asunto del sector salud. Los factores de riesgo generalmente están en otros sectores, pero antes de emprender la integración con otros sectores es fundamental organizarse y fortalecerse en el sector. La pregunta que surge es: ¿será que debe existir una política por encima del sector salud que garantice la integralidad para atender los determinantes que están por fuera del sector?.
- 1.17. Otros pasos previos son: Unificar semántica y conceptualmente los SEM, hacer visible los SEM como un asunto prioritario y definir la realidad de cada país – región.
- 1.18. La meta debe ser llegar a tener los lineamientos generales de política pública y de marco normativo que incluya, entre otros:
- Su diferenciación teniendo en cuenta la heterogeneidad entre países y al interior de los países.
 - Cómo hacer la regulación de responsabilidades y roles, pero sobre todo el seguimiento, control y vigilancia.
 - Las bases para la estructuración y funcionamiento de las organizaciones, las relaciones institucionales, los ámbitos de emergencia, el enlace asistencia – educación, amenazas y vulnerabilidades y la comunidad como espacio esencial para producir y para prevenir los eventos.

- Conducción sectorial en condiciones ordinarias y extraordinarias.
- Marcos regulatorios que garantice financiación y sostenibilidad e incluya la claridad frente a quien lo debe hacer cumplir.
- Como trabajar no sólo para satisfacer la demanda sino para disminuirla (prevención).
- La formación de los recursos humanos es clave y esencial para responder a ese ideal normativo de los SEM en la APS.
- Las ambulancias y el equipamiento son un componente de los SEM, pero no son los SEM.
- Garantizar que sea un sistema y una red con todos los involucrados en juego, pues la fragmentación del sistema es el “gran pecado”. Más que sectores es un asunto de reconocer actores y roles.

2. Tendencias y modelos en la Atención Pre-Hospitalaria

Este bloque temático se planteó para el cumplimiento de dos objetivos específicos: i) Revisar las tendencias y modelos en la atención pre-hospitalaria a nivel mundial y su aplicación a las realidades de los países de la región y ii) Presentar y debatir las experiencias nacionales con Centros Reguladores de Urgencias y Numero Único. Para esto, los temas desarrollados fueron los siguientes:

- Tendencias y Modelos en la Atención Pre-Hospitalaria (Lic. Keith Holtermann)
- Los centros reguladores de urgencias en la experiencia de Bogotá - Colombia (Dr. Gabriel Paredes)
- Avances del Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em Brasil (Dr. Cloer Vescia Alves)
- **El participante de Chile no pudo asistir. Aquí se incluyó la presentación del Medico Piloto (no tengo el nombre)**
- Numero único de Urgencias en Panamá. (Dra. María Isabel Alvarado)

Los asuntos centrales tratados por los expertos fueron:

2.1. Los SEM deben ser abordados desde el enfoque sistémico. Son en sí mismos un sistema y a la vez son un subsistema integrado a un sistema mayor que lo contiene. Como sistema, los SEM deben organizarse en subsistemas o componentes de acuerdo a las fases de respuesta:

- Prevención:
- Emergencia
- Antes de la llegada
- En la escena
- Transporte y traslado
- Adquisición, transferencia y análisis (uso de la información)

- 2.2. Los SEM y sus subsistemas, deben contar con una estructura propia que a la vez, haga parte de una estructura administrativa mayor, con la suficiente articulación que garantice la integralidad interna y externa.
- 2.3. Los CRU (Centros Reguladores de Urgencias) son una forma de organización y estructuración que favorece la articulación. Esto exige que no sólo se definan acciones de atención de urgencias cotidianas, sino que se incorpore la gestión del riesgo y la vulnerabilidad y la gestión administrativa.
- 2.4. La organización de la atención debe hacerse previendo las necesidades: conocimiento de la población, causas, vulnerabilidades y riesgos, entre otras.
- 2.5. El personal de salud más que “hacedor de cosas” es un gestor del conocimiento y un regulador de los procesos. La atención es un asunto de alta responsabilidad que debe ser asumido por personal idóneo (a todo nivel)
- 2.6. Los SEM (incluida la Atención Pre-hospitalaria) no sólo deben dar respuesta a los contextos urbanos, deben considerar las diferencias territoriales, así como culturales y socio demográficas.
- 2.7. La génesis o el origen está en la identificación de la necesidad, apoyada y respaldada por las decisiones y avales administrativos para la creación de los SEM.

Comentario [11]: OPS es culpable de la creación y diseminación de innumerables abreviaturas que solo ayudan a aumentar la confusión. Muchas de ellas están compuestas por las mismas letras con significados diversos. Evitemos crear nuevas abreviaturas.

Luego de las exposiciones de los expertos se realizó un panel de discusión moderado por el Dr. Reynaldo Holder. La pregunta problematizadora para la discusión fue: **¿Atención Pre-Hospitalaria, hacia dónde vamos?**. Las conclusiones fruto del debate son las siguientes:

- 2.8. La base de la atención en los SEM es la educación
- 2.9. Los CRU (y similares) no pueden ser estructuras sólo asistenciales, deben cumplir un rol de asesoría, acompañamiento, consultoría, articulación y generación de conocimiento útil para la toma de decisiones.
- 2.10. Cualquier decisión que se tome en la prestación de la atención debe ser para proteger la vida.
- 2.11. La APH es un asunto de responsabilidad compartida entre distintos actores y los roles y funciones de cada uno en el continuo de la atención y como parte del sistema. Va más allá de lo sectorial para ser una estructuración de redes.
- 2.12. El poco o ausente seguimiento y medición es una debilidad en los procesos y debe trabajarse por ser superada.
- 2.13. En el continuo del servicio, deben considerarse todas las variables conexas a la APH, entre ellas, la congestión de los servicios que no garantiza la oportunidad.
- 2.14. La APH debe planificarse, no se debe permitir la improvisación. Ello implica aspectos como:
 - Avanzar en la unificación, estandarización, documentación y elaboración de protocolos para el triage y en la semiología telefónica.
 - Incluir siempre la oportunidad y la calidad del servicio como condiciones indispensables y características de la APH.

- Incluir a la comunidad como actor clave para la prevención (autocuidado) y como primer respondiente.
- Articular procesos de gestión y administración.
- Realizar de manera sistemática análisis de costo – beneficio.
- Identificar los momentos de verdad y puntos reguladores del proceso.
- No perder el enfoque sistémico y la visión de flujos de atención.
- Favorecer la innovación y la creatividad para garantizar la APH.

3. Gestión de Cuartos de Urgencias

Este bloque temático se planteó para el cumplimiento de dos objetivos específicos: i) Definir los principales retos en la gestión de los cuartos de urgencia en la región y ii) Revisar experiencias exitosas de modelos de organización y gestión que hayan incrementado la eficiencia y calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Para esto, se presentaron cinco experiencias de gestión de cuartos/departamentos de urgencias de Colombia y España:

- Hospital Universitario San Vicente de Paul (Dr. Juan Manuel Sierra)
- Telemedicina - Universidad de Antioquia (Dr. Jorge López)
- IPS Universidad de Antioquia (Dr. Jaime Poveda)
- Hospital Pablo Tobón Uribe (Dr. Juan Velásquez)
- Consorcio Hospitalario de Cataluña en España (Dr. J. L. Vega)
- Retos y tendencias en la organización de redes de urgencias en COHAN (Dra. Martha Ramírez)

Los asuntos centrales tratados por los expertos fueron:

- 3.1. Dependiendo de la organización y gestión institucional y a la estructura de los sistemas de servicios de salud de los países, las salas de urgencias toman diferentes nombres, pero en esencia cumplen las mismas funciones. En este sentido se encuentran experiencias de centros reguladores que apoyan a las salas de atención de urgencias de los hospitales o instituciones de salud. El propósito es hacer más ágil y oportuno el proceso de respuesta y atención individual y comunitaria en situaciones de urgencias y emergencias.
- 3.2. Para optimizar y garantizar mejores y más efectivos servicios de emergencias médicas, es necesario integrar la investigación y la docencia a la asistencia.
- 3.3. Igualmente, debe incorporarse en los SEM un enfoque empresarial de gestión por procesos que alimentado con confiables y oportunos sistemas de información en línea garanticen la asignación de recursos suficientes para atender la demandas.
- 3.4. La innovación y la creatividad deben estar presentes en los SEM, de allí que debe pensarse en incluir alternativas tecnológicas que faciliten el proceso y mejoren el servicio. Tal es el caso de

Comentario [I2]: Esto esta algo confuso.

la telemedicina que en el ejemplo de Colombia ha sido utilizado para la prevención y atención a víctimas del conflicto armado y permite mejorar la oportunidad de la atención. Así mismo, favorece procesos de capacitación y educación básicamente en atención pre hospitalaria y respuesta al momento del evento con mayor cobertura.

- 3.5. Los **elementos que se resaltan como fundamentales para el buen funcionamiento** de estos centros reguladores y salas de urgencias son: i) Contar con un marco normativo de funcionamiento, ii) Tener claros procesos de referencia y contrarreferencia interinstitucional e intrainstitucional, iii) Incluir servicios de información y orientación a la comunidad e instituciones haciendo uso de herramientas como la telemedicina, iv) Contar con personal especializado, v) Establecer una estructura administrativa y funcional integrada institucional, interinstitucional e inter sectorialmente, vi) Establecer contacto con especialistas y servicios y aceptación concertada por necesidades y disponibilidades vii) Los procesos de atención, hospitalización y alta deben estar estandarizados para garantizar que el servicio fluya ágil y oportunamente, esta estandarización puede incluir entre otros un modelo de triage con clasificación variable con prioridad de atención, riesgo individual e institucional y definición de conducta, viii) Gestión clínica de los egresos y de los procesos de hospitalización, ix) Contar con soporte médico para el triage y aumento del número de personal de urgencias de planta y especializado en el manejo de urgencias, x) Debe concebirse el proceso de servicios de urgencias como un flujo con entradas (triage) y drenajes que garanticen que no se obstaculice y represe, entendiéndose que no es solo un asunto de volumen sino de la capacidad de respuesta y resolución.
- 3.6. Las **dificultades que limitan el buen funcionamiento** de estos centros reguladores y salas de urgencias son: i) Escasez de recurso humano calificado y capacitado, ii) Recursos técnicos, informáticos y financieros insuficientes, iii) Capacidad resolutoria limitada iv) No se aplican modelos de autorregulación, iv) Descoordinación y desarticulación entre la red pública y la red privada, v) Descoordinación interinstitucional, vi) Limitados sistemas de información, vigilancia y control, vii) Limitados o ausentes sistemas de georreferenciación, viii) Se ha perdido el sentido de las redes de atención, ix) En la mayoría de los casos la demanda supera la oferta, x) Hay insuficiencia de segundo nivel, xi) La demanda es impredecible y los sistemas de referencia y contra referencia en la mayoría de los casos es débil o inexistente, xii) Hay alta concentración de pacientes en el servicio de urgencias que también generan riesgos de seguridad, xiii) La infraestructura física muchas veces es insuficiente sumado al mal uso del servicio, xiv) La falta de disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización esta en el centro de la problemática de la oportunidad y la calidad del servicio.

Luego de las exposiciones de los expertos se realizó un panel de discusión moderado por el Dr. Gabriel Paredes. La pregunta problematizadora para la discusión fue: **¿Cómo enfrentar la problemática actual en la gestión de los Cuartos de Urgencias?** Las conclusiones fruto del debate son las siguientes:

- 3.7. Los servicios de salud fragmentados, desarticulados y descoordinados inter institucionalmente generan aumento en la demanda de la consulta de urgencias como la opción para recibir atención médica, generando incremento en el tiempo de estancia en urgencias y que se dificulte el acceso y la respuesta oportuna. Algunas formas de contrarrestar esta situación puede ser contar con centros reguladores y centros de atención

médica básica en horarios extendidos, tener agenda de consulta prioritaria no programada, aumentar la atención domiciliaria y programada y los servicios de hospitalización en casa. También son una opción las alertas epidemiológicas, el monitoreo de riesgos con salud pública y desde una sala de situación.

Comentario [I3]: ??????

- 3.8. La estructura de los servicios de salud en redes debe buscar tener puntos de atención a las urgencias pero no necesariamente concentrados al 100% en cuartos o servicios de urgencias. La atención hospitalaria es solo la punta del problema y concentra los recursos en la institución y no en la red.
- 3.9. En países como Colombia, la disminución de la violencia ha hecho que las lesiones intencionales no se vean en las primeras causas de consulta de urgencias. Sin embargo los accidentes de tránsito si hacen parte visible de estas primeras causas junto a los accidentes caseros y caídas ocasionales relacionadas con la edad y el consumo de licor. Es llamativo que cada vez sea más visible en las primeras causas de consulta por urgencias las enfermedades crónicas por el mal manejo ambulatorio regular.
- 3.10. Lamentablemente, muchas de las decisiones de organización de los servicios de urgencias se han diseñado desde la rentabilidad económica y esto limita la capacidad de respuesta de las instituciones, principalmente en servicios de especialistas. Por ejemplo medicina interna y cirugía reconstructiva (especialistas plásticos).
- 3.11. Para la organización de guías de los servicios de urgencias médicas es necesario conocer que funciona, pero también aquello que está débil o disfuncional. Son lecciones aprendidas para hacer mejores propuestas.
- 3.12. Deben buscarse procesos de acreditación que le otorgue a los SEM esa condición de excelencia y calidad en el continuo de la atención.
- 3.13. Lo anterior implica que la organización de las salas de urgencias requieren un componente fuerte de gestión hospitalaria que garantice indicadores, procesos y estándares administrativos en búsqueda de la calidad. Algunos elementos sustantivos para este propósito pueden ser: redes integradas de servicios de salud, implementación de telemedicina para hospitales distantes y de bajos recursos, gestión de tecnología biomédica, competencias de los profesionales y técnicos en salud y redes de urgencias acompañado de laboratorio clínico y ayudas diagnósticas.
- 3.14. Debe trabajarse en procesos que mejoren y optimicen la forma de hacer el triage. La validación del triage con la escala propuesta por el Consorcio Hospitalario de Cataluña (España) en la que se trabajan los sustitutos de indicadores de gravedad para establecer los porcentajes y ver si hay diferencias significativas puede ser una opción a estudiar.

4. Recursos Humanos y equipamiento para servicios de urgencias

Este bloque temático se planteó para el cumplimiento de dos objetivos específicos: i) Generar recomendaciones sobre la situación actual en materia de formación, licenciamiento y certificación de personal para los servicios de urgencias médicas y ii) Definir necesidades de normativas para

equipamiento de urgencias, en particular, ambulancias. Para esto, se presentaron las siguientes ponencias:

- Retos en la formación del Recurso Humano para la atención de emergencias en Perú (Dr. Nelson Morales)
- Los Recursos Humanos en emergencias médicas en Costa Rica (Dr. Daniel Quesada)
- Formación y certificación de Especialistas en Emergencias en México (Dr. Juan Hernández)
- Normativa de Ambulancias en Argentina (Ing. Ricardo Taborda)
- Sistemas de Ambulancias en EE.UU (Dr. Keith Holtermann)

Los asuntos centrales fueron:

- 4.1. La formación del recurso humano debe darse como respuesta a las demandas nacionales, sobre todo en términos de emergencias y desastres.
- 4.2. Antes, la preparación estaba orientada a formar para la intervención pero en términos de riesgos y daños mas que en la gestión de riesgos y desastres. Hoy la necesidad es formar masa crítica para construir futuro más promisorio en términos de la gestión del riesgo, la respuesta está en la universidad y en el postgrado.
- 4.3. Los retos en la formación de recursos humanos para la gestión y organización de los SEM debe tener presente:
 - El escaso número de docentes.
 - Los costos de cursos y rotaciones externas, pocas vacantes y la super especialización.
 - El débil entrenamiento para dar respuesta a demanda masiva sumado al mayor interés de los profesionales por capacitarse en las urgencias médicas desde lo asistencial y clínico más que en la gestión para la prevención, mitigación y control de los desastres.
 - La poca integración asistencial.
 - La escasa investigación y publicación.
 - El poco enlace con formación pre hospitalaria y comunidad.
- 4.4. La medicina de emergencia se caracteriza por la incertidumbre, por ser multi orgánica, variable, urgente y de decisiones rápidas que exigen confianza en sí mismo y trabajo en equipos multidisciplinarios. Esto con conocimiento, destreza y experiencia para tener seguridad en el ejercicio. Bajo estos postulados debe orientarse la formación del recurso humano requerido.
- 4.5. Igualmente deben prepararse para responder a los riesgos de medicina de emergencias, que son entre otros: error en conocer el riesgo, error para actuar oportunamente, error en el diagnóstico o error en el manejo de la sobre demanda.
- 4.6. En cuanto a equipamientos, no existen modelos para la construcción misma de la normatividad en cuanto a máximos y mínimos esperados y cuando existe, se queda débil en la aplicación, la vigilancia y el control. En este sentido, no debe perderse de vista que las normas inician con el deber ser, luego viene la clasificación de los usos y a partir de ello los requisitos.

Comentario [14]: Confuso

Para el caso de las ambulancias, por ejemplo, los puntos a controlar son: instalación de oxígeno, sistema de ventilación, instalaciones eléctricas, sistema de alerta luminoso, iluminación interior, equipamiento electrónico (registro e inspección de acuerdo a la norma), materiales utilizados (verificación del material y de su compatibilidad con el oxígeno), equipamiento e insumos médicos en ambulancias (lista de chequeo dependiendo del uso).

- 4.7. Hay equipamientos que como las ambulancias son una extensión del hospital de allí que deban hacer parte de la estructura administrativa del mismo, así sea que se contraten desde lo público o lo privado. En este sentido se hace aun más explícita la relación inter sectorial en la organización de los SEM, sobre todo en la atención pre – hospitalaria. En este escenario aparecen terceros que prestan un servicio, pero hacen parte del engranaje de la red y del continuo de la atención.

Luego de las exposiciones de los expertos se realizó un panel de discusión coordinado por el Dr. Reynaldo Holder. La pregunta problematizadora para la discusión fue: **¿Qué falta en la formación de Recursos humanos y equipamientos para los SEM?** Las conclusiones fruto del debate son las siguientes:

- 4.8. La especialidad en urgencias ha alcanzado estatus social, lo que se ha logrado otorgándole el mismo nivel de otras especialidades médicas. Otra forma de mejorar el nivel y reconocimiento de estos programas, es favorecer la asociación de profesionales y el trabajo entre países que permita el intercambio de experiencias, pero también la homologación de programas y títulos.
- 4.9. Para el personal médico, lo asistencial y clínico resulta más atractivo para su formación, debe promoverse lo administrativo, la gestión, la investigación. Además se debe estimular aquellos profesionales que sin estudios formales en SEM han trabajado en el área por muchos años, a ellos se les debe certificar su experticia.
- 4.10. Se deben promover y fomentar innovaciones en la prestación del servicio y desde allí enriquecer la formación del recurso humano. Innovaciones que pueden y deben contemplar la construcción de protocolos de gestión administrativa de centros de urgencias y no sólo lo asistencial.
- 4.11. La formación del recurso humano debe darse por competencias y debe buscarse la acreditación y el cumplimiento de los requisitos máximos y mínimos establecidos. Formación que debe entonces incluir el saber y el hacer, pero también en el ser.
- 4.12. Debe existir relación y articulación entre los centros reguladores y las instituciones formadoras para evitar rupturas entre lo teórico y lo práctico.
- 4.13. La formación del recurso humano no sólo debe ser para médicos, debe incluir personal de apoyo profesional y técnico (Enfermeras, auxiliares, técnicos, conductores, etc).
- 4.14. Es fundamental avanzar en la construcción de protocolos de gestión administrativa de centros de urgencias. La articulación es pobre porque los CRUE son débiles y son más de bomberos que de salud. Se deben favorecer el fortalecimiento mutuo.
- 4.15. Partiendo de la realidad de muchas de nuestras ciudades en donde el taxi es a menudo la ambulancia, la formación y certificación de taxistas para una primera atención puede ser

bueno y motivante para que se involucre más a la comunidad, eso si, dependiendo del tipo de emergencias. Son formas de buscar respuestas en la base que puedan mejorar la oportunidad, pero con cuidado y alto sentido de responsabilidad.

- 4.16. Una buena opción para el manejo de ambulancias es el sistema complejo donde la competencia estimula la calidad y los aportes son más diversos para los SEM, además a la hora de un evento masivo hay más apoyo de diferentes partes.
- 4.17. Debe analizarse más allá de la existencia de la norma que regula los equipamientos, los sistemas de regulación. Es mejor tomar y retomar las normas que existen y avanzar en convertirlas en leyes que regulen y vigilen, con organismos de fiscalización independiente de los usuarios y proveedores.
- 4.18. Los equipamientos no pueden quedarse solo en ambulancias, es necesario también avanzar en equipamientos para salas, mínimos en infraestructura, flujos y procesos, entre otros.

5. Servicios de Emergencias Médicas y la respuesta a desastres:

Este bloque temático se planteó para el cumplimiento de un objetivo específico: i) Definir buenas prácticas y nuevos desarrollos para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencias médicas ante situaciones de desastre. Para esto, se presentaron las siguientes ponencias:

- Los servicios de emergencias médicas y la respuesta a desastres (Dr. Ciro Ugarte)
- Los servicios de emergencias médicas y la amenaza del terrorismo (Dr. Gabriel D. Paredes)
- Medicina de emergencias y respuesta a desastres (Dr. Juan Hernández)

Los asuntos centrales tratados por los expertos fueron:

- 5.1. Los SEM frente a los desastres, debe ser abordado también desde la óptica de Hospitales Seguros (HS). Igualmente, debe partir de la claridad conceptual frente a:
 - Evento adverso
 - Amenaza – Vulnerabilidad – Riesgo
 - Prevención, Mitigación, Preparación, Respuesta, Rehabilitación y Reconstrucción.
- 5.2. Los SEM pueden hacer la diferencia entre la vida y la muerte. Por lo tanto, se debe trabajar por disminuir la vulnerabilidad en establecimientos de salud. Esto para garantizar el funcionamiento después del desastre – HS-
- 5.3. Es fundamental evaluar haciendo uso de procesos ágiles que garanticen igual agilidad para la toma de decisiones de mejoramiento, ajuste o iniciación.
- 5.4. El conflicto es causa y consecuencia de desequilibrios entre fuerzas sociales. Los SEM no pueden estar al margen de esta situación. La violencia es una expresión del conflicto y tiene incidencia en las formas de enfermar y morir de la población. La salud debe entonces

preparase para responder a estas situaciones y evolucionar en su preparación y capacidad de respuesta. La recursividad y la creatividad de los SEM debe ser cada vez mayor para contrarrestar los efectos que genera la violencia .

- 5.5. Se debe contar con procesos, protocolos y planes de contingencia especiales para proteger al paciente pero también al personal de salud.
- 5.6. Las respuestas a emergencias y desastres deben ser sectoriales y no sólo institucionales. Necesariamente debe existir interrelación responsable con otros entes y sectores involucrados y responder de manera conjunta.

Luego de las exposiciones de los expertos se realizó un panel de discusión coordinado por el Dr. Reynaldo Holder. La pregunta problematizadora para la discusión fue: **¿Cuál es el reto para la respuesta a desastres?** Las conclusiones fruto del debate son las siguientes:

- 5.7. No debe perderse de vista el tipo y el volumen de pacientes que marca la diferencia en desastres en los SEM.
- 5.8. El triage cobra ahora más que nunca relevancia especial. Igualmente la definición de protocolos y procesos que mejoren la atención y la respuesta, pero que a la vez estén orientados al fortalecimiento de las REDES – sinergias más efectivas y oportunas.
- 5.9. Así como la capacitación, la infraestructura y los procesos, la atención de desastres en los SEM tiene un alto reto ÉTICO.
- 5.10. Los estudios de vulnerabilidad son necesarios y requeridos para intervenir y mejorar los hospitales. Esta estrategia debe optimizarse con otras herramientas que agilicen los procesos y sobre todo la toma de decisiones y el direccionamiento de recursos. Por ej. Hospital Seguro
- 5.11. Cada país debe tener un grupo responsable de los procesos de implementación de la estrategia elegida para medir la vulnerabilidad, encontrando una buena opción en Hospitales Seguros. Se debe promover la articulación y la generación de redes también en este aspecto.
- 5.12. Cuando la demanda rebasa la capacidad instalada, la respuesta está en la gestión hospitalaria, sin ello, cualquier plan de atención o estrategia de Hospital Seguro pierde sentido. La clasificación de Hospital Seguro puede ser un buen mecanismo para estimular el mejoramiento institucional de los hospitales.
- 5.13. En la respuesta a desastres es fundamental:
 - Las redes son una opción de mejoramiento de la atención, pero no es un asunto contingente sino planificado.
 - Los CRU son claves en la preparación y respuesta a desastres.
 - El entrenamiento del personal es garantía de calidad y oportunidad y eficiencia. Pero no es lo único.
 - No sólo deben incluirse los aspectos clínicos, debe manejarse bajo un enfoque bio – sico - social en la atención y en el SEM

- 5.14. La atención a desastres no es un asunto exclusivo de salud, pero salud si debe asumir liderazgo de los procesos. En la preparación y respuesta a desastres se debe convocar el trabajo inter sectorial, pero salud debe fortalecerse en asuntos como:
- Mecanismos de atención
 - Control de riesgos
 - Manejo de albergues
 - Unidades móviles de atención
- 5.15. La planificación de la atención de desastres debe hacer parte del SEM, pero también en el engranaje del SSS y en los procesos de planificación y organización administrativa y social.
- 5.16. No es un asunto solo asistencial, incluye políticas de Convivencia y Seguridad ciudadana y de preparación de la sociedad civil para el conflicto y el post conflicto. Esto incluyendo la seguridad humana en perspectiva del desarrollo humano.

6. Al término del este 1^{er} Coloquio, se establecieron como acuerdos generales los siguientes:

- 6.1. Los participantes al 1er Coloquio de SEM se comprometieron a constituirse en un Equipo de Expertos Regionales de la OPS y a contribuir al diseño de una estrategia regional para el fortalecimiento de los SEM en las Américas.
- 6.2. Este grupo de expertos continuará trabajando en la gestión y organización de los SEM en perspectiva de avanzar en el análisis de situación de los SEM en la región y a partir de ello en la construcción de una agenda conjunta para la definición de los lineamientos de acción para el mejoramiento (Guías útiles para la acción).
- 6.3. Como compromisos iniciales de este grupo, se acuerda avanzar en la revisión de algunos de los temas discutidos mediante el desarrollo de documentos-guía para discusiones en un espacio virtual. OPS (HSS/SP) se compromete a crear un espacio virtual para el trabajo del Equipo con acceso restringido para los documentos de discusión y la comunicación, y un área pública para la diseminación de los trabajos aprobados.
- 6.4. Para elaborar propuestas y documentos-guía para la discusión, se acordaron las siguientes tareas y sus coordinadores:
- 6.4.1. Marco Conceptual y Sistémico de los SEM - Drs. Keith Holtermann, José Ruales, Reynaldo Holder y Ciro R. Ugarte),
 - 6.4.2. Elementos Básicos para una legislación sobre SEM - Dr. Nelson Morales Soto (PER) y la Lic. Bhabie Roopchand (TRT),
 - 6.4.3. Guía para elaboración de Protocolos de Triage (incluiría el triage cotidiano y triage para eventos masivos y emergencias; Drs. José Luis Vega García (CHC) y Juan Hernández Hernández de México.

- 6.4.4. La Ética y los SEM- Dr. Nelson Morales Soto (PER),
 - 6.4.5. Normativas para Ambulancias (El primer paso será que los representantes de los países envíen al Ingeniero Ricardo Taborda, coordinador de este tema, las normas existentes en sus países y él como coordinador de este proceso, lidere la comparación que pueda dar línea sobre criterios de normas que incluyan ambulancias y otros temas sobre equipamientos.
 - 6.4.6. Glosario Unificado de Términos en SEM – Dr. Gabriel Darío Paredes (COL),
 - 6.4.7. Como comprar ambulancias Dr. Gabriel Darío Paredes (COL).
- 6.5. Los participantes acuerdan convocar un segundo coloquio en una fecha por establecer, para la revisión del trabajo avanzado y los productos del mismo.